PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1.- DATOS PERSONALES.- Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente. Indique su profesión así como las tareas habituales de su actividad laboral.

Si la petición no se formula en nombre propio, sino a través de representante, se cumplimentará el apartado 1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL, indicando el tipo de representación.

En aquellos supuestos en los que el solicitante (1.1) para formular la solicitud precise la intervención de un guardador de hecho, o en su caso, de un curador/defensor judicial, cumplimente también el apartado de los datos personales (puntos 1.3/1.4).

2.- MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA.- Indique los motivos que tiene para mostrar su disconformidad con el alta médica emitida.

3.- DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD.- En este apartado nos debe indicar el nombre de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, así como las fechas de baja y alta médica del proceso de incapacidad temporal del que solicita revisión.

4.- DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA.- A esta solicitud, con el fin de que este Instituto conozca los antecedentes médico-clínicos existentes con anterioridad. Debe acompañar **necesariamente** el historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal del que solicita revisión o, si no dispone del mismo, copia de la solicitud de dicho historial a la entidad colaboradora (Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora), lo que acreditará mediante el sello de entrada de dicha entidad en este formulario y, en este último caso, adjuntar copia del alta médica que origina la presente revisión.

5.- ALEGACIONES.- Si desea añadir algo, que considere importante y no vea recogido en esta solicitud, consígnelo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento. Puede presentarlos sin desplazarse en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, utilizando certificado digital o Cl@ve permanente (*http://sede.seg-social.gob.es*), por correo postal o personalmente en Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa.

20220324

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

– Documentos de identificación del solicitante, y en su caso, del representante, del guardador de hecho/curador/defensor judicial, así como acreditación de la representación legal: se entenderá que desiste de su petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 66 y 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (BOE del 02-10-2015). Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.

– Resto de documentos: su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 77 de la citada Ley 39/2015.

C-062 cas V.5

IMPORTANTE:

Si solicita el historial médico ante la entidad colaboradora (Mutua o Empresa) puede llevar este formulario para que le pongan el sello de entrada que acredite su solicitud en dicha entidad.

El trabajador que inicie el procedimiento de revisión, lo comunicará a la empresa en el mismo día en que presente su solicitud o en el siguiente día hábil. A tal fin, este modelo, contiene dos copias con los datos básicos de la revisión, para que comunique a su empresa el inicio del procedimiento así como, en su caso, a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. Ambas copias sólo tendrán validez cuando hayan sido presentadas y registradas.

Las resoluciones emitidas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el ejercicio de las competencias establecidas en el artículo 4 del Real Decreto 1430/2009 de 11 de septiembre, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 71.3 de la Ley 36/2011 de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE de 11 de octubre). Lo que se hará constar en la resolución que se dicte.

Cualquier variación en los datos de esta solicitud mientras esté vigente el procedimiento, debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto más cercano a su domicilio.

Si desea que las notificaciones que le remite la Seguridad Social se realicen a partir de ahora tan solo por medios electrónicos, comuníquenoslo en el servicio de desistimiento del canal postal en *http://run.gob.es/sckwao*.

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

Registro INSS

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL O EMPRESA COLABORADORA

Puede realizar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (*http://sede.seg-social.gob.es*), por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS), solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en *www.seg-social.es.*

1. DATOS PERSONALES

1.1 DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Teléfono móvil	Teléfono fijo	
Domicilio (calle, plaza …)			Número	Bloque / Escalera / Piso / Puerta		
Código postal	Localidad	Provincia	Nacionalidad			
Correo electrónico						
Profesión	Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral					

1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL que actúa como:

Tutor ☐ Tutor institucional ☐ Graduado social ☐ Gestor administrativo ☐ Otros apoderados ☐

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móvil	Teléfono fijo		
Domicilio (calle, plaza …)		Número	Bloque / Escalera / Piso / Puerta		
Código postal	Localidad	Provincia	País		
Correo electrónico					

1.3 GUARDADOR DE HECHO, cumplimentar en aquellos supuestos en los que el solicitante para formular la solicitud precise la intervención de un guardador de hecho

Guardador de hecho ☐ Guardador de hecho judicial ☐

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móvil	Teléfono fijo		
Domicilio (calle, plaza …)		Número	Bloque / Escalera / Piso / Puerta		
Código postal	Localidad	Provincia	País		
Correo electrónico					

20220324
C-062 cas V.5

Ejemplar para el INSS

Apellidos y nombre:	DNI-NIE-Pasaporte: ②

1.4 CURADOR/DEFENSOR JUDICIAL, cumplimentar en aquellos supuestos en los que el solicitante para formular la solicitud precise la intervención de un curador/defensor judicial

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre				
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móvil		Teléfono fijo		
Domicilio (calle, plaza …)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia	País			
Correo electrónico						

2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA

3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social/ Empresa Colaboradora .....

Fecha de la baja médica ..... Fecha del alta médica .....

4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA

- ☐ Copia del alta médica emitida por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
- ☐ Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
- ☐ Solicitud del historial clínico a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, conforme consta en este formulario.

Recibida la solicitud del historial clínico

Sello de entrada de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o de la Empresa Colaboradora

20220324

C-062 cas V.5

Ejemplar para el INSS

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - Pasaporte ③

5. ALEGACIONES

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

20220324

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
RESPONSABLE	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

C-062 cas V.5

Ejemplar para el INSS

..... , a ..... de ..... de 20 .....

Firma

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE .....

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

Registro INSS

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL O EMPRESA COLABORADORA

Puede realizar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (*http://sede.seg-social.gob.es*), por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS), solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en *www.seg-social.es.*

1. DATOS PERSONALES

1.1 DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre ④		
Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Teléfono móvil	Teléfono fijo	
Domicilio (calle, plaza …)			Número	Bloque / Escalera / Piso / Puerta		
Código postal	Localidad	Provincia	Nacionalidad			
Correo electrónico						
Profesión	Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral					

1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL que actúa como:

Tutor ☐ Tutor institucional ☐ Graduado social ☐ Gestor administrativo ☐ Otros apoderados ☐

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móvil	Teléfono fijo		
Domicilio (calle, plaza …)		Número	Bloque / Escalera / Piso / Puerta		
Código postal	Localidad	Provincia	País		
Correo electrónico					

1.3 GUARDADOR DE HECHO, cumplimentar en aquellos supuestos en los que el solicitante para formular la solicitud precise la intervención de un guardador de hecho

Guardador de hecho ☐ Guardador de hecho judicial ☐

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móvil	Teléfono fijo		
Domicilio (calle, plaza …)		Número	Bloque / Escalera / Piso / Puerta		
Código postal	Localidad	Provincia	País		
Correo electrónico					

20220324

C-062 cas V.5

Ejemplar para el trabajador

Apellidos y nombre:	DNI-NIE-Pasaporte: ⑤

1.4 CURADOR/DEFENSOR JUDICIAL, cumplimentar en aquellos supuestos en los que el solicitante para formular la solicitud precise la intervención de un curador/defensor judicial

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre				
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móvil		Teléfono fijo		
Domicilio (calle, plaza …)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia	País			
Correo electrónico						

2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA

3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social/ Empresa Colaboradora .....

Fecha de la baja médica ..... Fecha del alta médica .....

4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA

- ☐ Copia del alta médica emitida por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
- ☐ Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
- ☐ Solicitud del historial clínico a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, conforme consta en este formulario.

Recibida la solicitud del historial clínico

Sello de entrada de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o de la Empresa Colaboradora

5. ALEGACIONES

..... , a ..... de ..... de 20 .....

Firma

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

Registro INSS

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL O EMPRESA COLABORADORA

Puede realizar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (*http://sede.seg-social.gob.es*), por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS), solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en *www.seg-social.es.*

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre ⑥				
Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Teléfono móvil		Teléfono fijo		
Domicilio (calle, plaza …)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia	Nacionalidad				
Correo electrónico								
Profesión	Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral							

2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA

3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social/ Empresa Colaboradora .....

Fecha de la baja médica ..... Fecha del alta médica .....

4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA

☐ Copia del alta médica emitida por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
☐ Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
☐ Solicitud del historial clínico a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, conforme consta en este formulario.

Recibida la solicitud del historial clínico

Sello de entrada de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o de la Empresa Colaboradora

20220324
C-062 cas V.5

Ejemplar para la empresa

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

Registro INSS

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL O EMPRESA COLABORADORA

Puede realizar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (*http://sede.seg-social.gob.es*), por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS), solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en *www.seg-social.es*.

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre ⑦				
Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Teléfono móvil		Teléfono fijo		
Domicilio (calle, plaza …)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	
Código postal	Localidad		Provincia	Nacionalidad				
Correo electrónico								
Profesión	Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral							

2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA

3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social/ Empresa Colaboradora .....

Fecha de la baja médica ..... Fecha del alta médica .....

4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA

☐ Copia del alta médica emitida por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
☐ Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
☐ Solicitud del historial clínico a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, conforme consta en este formulario.

Recibida la solicitud del historial clínico

Sello de entrada de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o de la Empresa Colaboradora

20220324
C-062 cas V.5

Ejemplar para la Mutua o Empresa Colaboradora

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Clave de identificación de su expediente:

Funcionario de contacto:

Apellidos y nombre: DNI-NIE-Pasaporte ⑧

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL O EMPRESA COLABORADORA

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:

1 ☐ DNI, pasaporte o equivalente, NIE/TIE de:
- ☐ Solicitante.
- ☐ Representante.
- ☐ Guardador de hecho.
- ☐ Curador/defensor judicial.

2 ☐ Documentación acreditativa de la representación.
3 ☐ Resolución o autorización judicial, para punto 1.3/1.4.
4 ☐ Copia del alta médica emitida por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
5 ☐ Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
6 ☐ Copia de la solicitud del historial clínico a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
7 ☐ Otros documentos

Recibí Firma

20220324
C-062 cas V.5

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	***¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?*** Instituto Nacional de la Seguridad Social C/ Padre Damián, 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	***¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?*** Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/ Sagasta, 13 - 6ª Planta CP 28004 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	***¿Para qué utilizaremos sus datos?*** Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida. El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social. Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.
LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO	***¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?*** El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS). Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.
DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS	***¿A quién comunicaremos sus datos?*** Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal. Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.
DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS	***¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?*** Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla. Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.
PROCEDENCIA	***¿Cómo obtenemos sus datos personales?*** Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.

20220324
C-062 cas V.5